

**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
CANCER DETECTION SECTION
CANCER DETECTION PROGRAMS: EVERY WOMAN COUNTS**

P.O. BOX 942732
SACRAMENTO, CA 94234-7320



**FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA Y
PARA DAR DATOS PERSONALES Y MEDICOS**

El Departamento de Servicios de Salud paga algunas de las pruebas de detección del cáncer de los senos y/o cáncer cervical en el caso de las mujeres de bajos recursos. La mayoría de las mujeres **NO** tienen cáncer. En el caso de las pocas mujeres que sí lo tienen, detectar el cáncer temprano podría salvar sus vidas. **Si usted firma esta forma, significará que desea participar en el programa.** El año siguiente nos comunicaremos con usted para hacerle otra prueba. Cada año deberá de firmar un nuevo formulario de consentimiento si desea participar en el programa. Usted podrá dejar de participar en el programa en cualquier momento.

Para saber si usted puede participar en este programa, debe darnos su nombre, domicilio, fecha de nacimiento, ingresos y parte de su historial médica. Dando esta información también le ayudará a obtener los resultados de las pruebas. También se le preguntará otro tipo de información, como su número de seguro social (si lo tiene), pero no tiene que dárselo para que le hagan la prueba. Toda la información se mantendrá en privado.

No se usará su nombre en reportes públicos. Parte de la información se podrá transferir a otros programas del Departamento de Servicios de Salud y otras agencias gubernamentales. Se seguirán todas las leyes que protejan su información personal. El Departamento de Servicios de Salud debe de seguir el Código de Ingresos e Impuestos, sección 30461.6 y el artículo 15, Sección 1501 del Código de los Estados Unidos.

Se le dará una copia de este formulario de consentimiento. Por favor hable con su médico si tiene alguna pregunta. También podrá solicitar ver los registros que tengan su información personal, llamando al (916) 327-2784, o escribiendo al:

Chief, Cancer Detection Section
Cancer Detection Programs: Every Woman Counts
P.O. Box 942732, Mail Station 428
Sacramento, CA 94234-7320

Yo, _____ (por favor escriba su nombre en letra de molde) estoy de acuerdo en participar en el programa de detección del cáncer de los senos y/o cáncer cervical, del Departamento de Servicios de Salud de California. También estoy de acuerdo en permitir que mi información personal y médica se use como se ha escrito en este documento. Comprendo que toda la información se mantendrá en privado. Comprendo que al firmar esta forma estoy de acuerdo en participar en el programa por un año y, para participar en el programa el año siguiente, deberé de firmar un nuevo formulario.

Firma 	Fecha
--	-------

COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI SE NECESITA UN TESTIGO:

Le he leído al paciente, cuyo nombre está escrito en este documento, la información de este formulario de consentimiento. Concluyo que, a mi leal saber y entender, la paciente comprende la información y está de acuerdo en participar en el programa.

Firma del testigo 	Nombre en letra de molde	Fecha
--	--------------------------	-------